

Выводы.

1. Областная служба трансплант-координации способствует развитию трансплантации Республики Беларусь.
2. Потери доноров всё чаще связаны с обнаружением при серологическом тестировании впервые выявленного носительства вирусных гепатитов.

Литература:

1. О мерах по совершенствованию работы службы трансплантационной координации Республики Беларусь : Приказ МЗ РБ №797 от 18.07.2017 г.
2. Кизименко, А.Н. Современные аспекты и результаты деятельности службы трансплант-координации витебской области / А.Н. Кизименко, А.А. Пецкалёв // Достижения фундам., клин. медицины и фармации : материалы 71 науч. сессии ВГМУ, Витебск 27–28 янв. 2016 г. / ВГМУ. – Витебск, 2016. – С. 8–10; С. 376–378.

УДК 616.441-006-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ t1

Кожар В.Л., Луд Н.Г., Соболев В.Н.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Заболеваемость раком щитовидной железы (РЩЖ) остается на высоком уровне. В нашей республике принята активная хирургическая тактика в объеме тиреоидэктомии с лимфодиссекцией шеи [1].

В последние годы в зарубежной литературе отмечена тенденция к расширению показаний органосохраняющим операциям. В рекомендациях американской тиреоидной ассоциации 2015г. лобэктомия является допустимой хирургической опцией для пациентов с диаметром опухоли >1 см и <4 см [2].

Схожую тактику предлагают и японские исследователи [3]. В Японии гемитиреоидэктомия рекомендуется при опухоли T1N0M0.

В США выполнение профилактической центральной лимфодиссекции рекомендовано только при местнораспространенном папиллярном раке (T3 или T4), а также метастатическим поражением лимфатических узлов латерального футляра [2]. В Великобритании центральная лимфодиссекция показана только при метастатическом поражении лимфатических узлов данного уровня либо подозрении к нему, то есть там речь о профилактической диссекции вообще не идет [5]. В Японии центральная лимфодиссекция рекомендована всем пациентам, так как повторные операции в данной зоне сопряжены с высоким риском осложнений [4].

Короткевич П.Е. и Демидчик Ю.Е. [6] на опыте Республиканского центра лечения опухолей щитовидной железы считают, что выполнение центральной лимфодиссекции показано всем пациентам, обосновано это высокой частотой поражения данного футляра, низкой УЗИ чувствительностью и с более высокой частотой послеоперационных осложнений после повторных операций при рецидиве.

Цель исследования. Изучить обоснованность активной хирургической тактики у пациентов РЩЖ T1 Витебской области на современном этапе.

Материал и методы. По данным канцер-регистра изучены результаты лечения 539 пациентов Витебской области, у которых в 2013-2016 гг. выявлен РЩЖ, из них – 199 с опухолью T1.

Результаты и их обсуждение. Из 539 пациентов женщин было 451 (83,7%), мужчин – 88 (16,3%). Опухоль, классифицируемая как T1, была выявлена у 199 (36,9%) пациентов, T2 – 16 (3,0%), T3 – 314 (58,2%), T4 – 10 (1,8%).)

По структуре гистологического строения рака выявлены: папиллярный – 90,0%, фолликулярный вариант папиллярного рака – 5,4%, медуллярный – 3,3%, анапластический – 1,1%, плоскоклеточный – 0,18%.

Проведен анализ частоты метастазирования в регионарные лимфатические узлы в зависимости от размера опухоли, который классифицируется как символ Т.

При Т1а, самых небольших по размеру опухолях до 10 мм, уже наблюдаются регионарные лимфогенные метастазы, которые бывает трудно выявить при дооперационном обследовании. Чаще они выявляются при гистологическом исследовании после операции.

РЦЖ Т1а диагностирован у 96 (17,8%) пациентов. У 20 (20,8%) из них обнаружены регионарные метастазы, причем у молодых лиц до 45 лет частота метастазирования значительно выше – 37,5%.

РЦЖ Т1в диагностирован у 103 (19,1%). У 23 (22,3%) из них выявлены регионарные метастазы, в группе пациентов до 45 лет и частота метастазирования также выше – 33,3%. Таким образом, даже при начальном РЦЖ Т1 значительная часть пациентов, особенно молодого возраста, имеют регионарные метастазы, что должно найти отражение в выборе объема хирургического вмешательства.

Группа пациентов РЦЖ с Т2 значительно меньше – 16 (3,0%). Увеличение размера опухоли сказывается на частоте метастазирования. У этих пациентов регионарные метастазы выявлены в 43,7% случаев.

Самая многочисленная группа пациентов РЦЖ с Т3 – 314 (58,2%). Достаточно часто это классифицируется не размером опухоли более 4-х см., а микропрорастание капсулы железы при гистологическом исследовании препарата опухоли. При РЦЖ Т3 частота регионарного метастазирования увеличивается еще больше – 53,5%, а у лиц 45 лет – 79,6%. РЦЖ Т4 диагностирован у 10 (1,8%) пациентов с девяностопроцентным регионарным метастазированием.

Таким образом, проведенный анализ показал высокую агрессивность РЦЖ, которая коррелирует с размером опухоли и возрастом пациентов.

Биологические особенности РЦЖ у жителей Витебской области за последние 4 года свидетельствуют о необходимости продолжения агрессивной хирургической тактики – операции в объеме тиреоидэктомии с лимфодиссекцией.

Выводы:

1. РЦЖ характеризуется частым регионарным метастазированием.
2. Учитывая эти данные лечением выбора РЦЖ является тиреоидэктомия с одним из видов лимфодиссекции шеи.

Литература:

1. Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований : сб. науч. ст. : в 2 вып. / Респ. науч.-практ. центр онкологии и мед. радиологии ; под ред. О. Г. Суконко, С. А. Красного. – Минск : Проф. изд., 2007-2012. – Вып. 2. – 2012. – 506 с.
2. Pacini, F. European consensus for the management of patients with differentiated thyroid carcinoma of the follicular epithelium / F. Pacini // Eur. J. Endocrinol. – 2006. – Vol. 154. – P. 787–803.
3. Nixon, I.J. Thyroid lobectomy for treatment of well differentiated intrathyroid malignancy / I.J. Nixon // Surgery. – 2012. – Vol. 151, N 4. – P. 571–579.
4. Ahn, J.E. Diagnostic accuracy of CT and ultrasonography for evaluating metastatic cervical lymph nodes in patients with thyroid cancer / J.E. Ahn // World J. of Surgery. – 2008. – Vol. 32, N 7. – P. 1552–1558.
5. Mazzaferri, E.L. Long-term impact of initial surgical and medical therapy on papillary and follicular thyroid cancer / E.L. Mazzaferri, M. Jhiang // Am. J. Med. – 1994. – Vol. 97, N 5. – P. 418–428.

6. Короткевич, П.Е. Выбор объема хирургического вмешательства при папиллярном раке щитовидной железы / П.Е. Короткевич, Ю.Е. Демидчик, В. В. Барьяш. – Медицина, 2014. – С. 51–57.

УДК 616.711-002

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ГНОЙНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Корнилов А.В., Петухов В.И., Кубраков К.М., Юпатова Т.Г.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Неспецифические гнойные заболевания позвоночника (НГЗП) представляют собой патологические процессы, сопровождающиеся воспалительным поражением структур позвоночного столба, межпозвонкового диска с развитием спондилита, спондилодисцита, эпидурита и/или их сочетаний, вызванных неспецифической микрофлорой [1].

В зависимости от состояния макроорганизма при гнойно-воспалительных заболеваниях возникают различные нарушения клеточного и гуморального иммунитета [2,3].

Своевременная диагностика и установление типа иммунодефицита позволяет проводить иммунокоррекцию, что в современном комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний является неотъемлемым компонентом [4].

Цель. Изучить особенности иммунологического статуса у пациентов с неспецифическими гнойными заболеваниями позвоночника.

Материал и методы. Изучены показатели иммунограмм у 24 пациентов с НГЗП. У 21 (87,5%) пациента был выставлен диагноз спондилодисцит, у 3 (12,5%) - спинальный эпидуральный абсцесс. Средний возраст пациентов составил 63,2 (58,2 - 67,6) лет. Мужчин среди них было 14 (58%), женщин - 10 (42%).

В качестве группы сравнения была взята иммунограмма у 20 пациентов без воспалительных изменений. По возрастному и половому составу группы были сопоставимы.

Для проведения иммунологических исследований проводили забор крови в количестве 20 мл из локтевой вены. Забор крови осуществляли в утренние часы (с 8.00 до 9.00) натощак. У пациентов основной группы исследование проводили до начала лечения.

При иммунологическом исследовании определяли содержание в сыворотке крови $CD3^+$ Т-лимфоцитов, активных Т-лимфоцитов, $CD4^+$ Т-хелперов, $CD8^+$ Т-супрессоров, $CD22^+$ В-лимфоцитов, иммуноглобулинов G (IgG), A (IgA), M (IgM), циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Иммунорегуляторный индекс (ИРИ) рассчитывали как соотношение содержания в крови Т-хелперов к Т-супрессорам. Определяли фагоцитарный индекс (ФИ) и фагоцитарное число (ФЧ).

Статистическая обработка полученных результатов выполнена в программе Statistica 10.0. Данные предоставлены в виде медианы и интерквартильного интервала Me [LQ-UQ]. Для сравнения выборок применялся тест Манна - Уитни.

Результаты исследования. При анализе полученных результатов было выявлено, что у пациентов с НГЗП общее содержание Т-лимфоцитов ($CD3^+$) в крови - 44,0% [42,0 - 48,5] статистически достоверно ниже ($p < 0,001$), чем у здоровых лиц - 58,5% [58 - 61]. В то же время содержание в крови у пациентов с НГЗП активных Т-лимфоцитов было несколько выше - 28% [25 - 30,5], чем у лиц контрольной группы - 26,5% [24 - 29,5] ($p=0,53$).